

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mars 1896 à 1 heure

PAR

MINELLE (Louis-Joseph-Pierre)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE REIMS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Reims le 30 Novembre 1869

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE NECKER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYXOMES DE LA PAROTIDE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
MAYGRIER, agrégé.
HARTMANN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

194

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mars 1896 à 1 heure

PAR

MINELLE (Louis-Joseph-Pierre)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE REIMS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Reims le 30 Novembre 1869

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE NECKER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYXOMES DE LA PAROTIDE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
MAYGRIER, agrégé.
HARTMANN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNEL ONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle s'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

▲ MES MAITRES DE PARIS ET DE REIMS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Les glandes salivaires, et la parotide en particulier, sont fréquemment le siège de tumeurs où le tissu muqueux tient une large place. Il se combine alors avec différents tissus pour former des fibro-myxomes, adéno-myxomes, myxo-chondromes, myxo-sarcomes, myxo-épithéliomes, etc. Ces tumeurs mixtes sont bien connues depuis les travaux de Pérochaud (1), de Larabrie (2) et de Voyer (3).

Mais si l'on cherche dans la littérature médicale les cas de myxome pur de la parotide, on est frappé de leur extrême rareté.

Ayant eu l'occasion, au laboratoire de la clinique chirurgicale de Necker, d'examiner des tumeurs des glandes salivaires où le tissu myxomateux se présentait avec tous ses caractères de pureté, nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant de signaler ces observations.

Notre premier chapitre sera consacré à l'historique du myxome en général ; nous étudierons dans le deuxième chapitre le tissu muqueux dans les conditions normales

(1) PÉROCHAUD, *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires*. Thèse de Paris, 1885.

(2) DE LARABRIE : *Archives génér. de médecine*, 1890.

(3) VOYER, Thèse de Paris, 1889.

et pathologiques, la mucine et les néoplasmes constitués par du tissu muqueux.

Dans le troisième chapitre nous relaterons nos trois observations personnelles et de plus les quelques cas de myxomes légitimes ou de tumeurs mixtes que nous avons pu recueillir dans les auteurs.

Nous réunirons dans le quatrième chapitre la symptomatologie et le diagnostic clinique des myxomes de la parotide. Viendront ensuite les conclusions de ce travail et les indications bibliographiques.

Nous voulons d'abord remercier nos premiers maîtres de l'école de Reims qui ont été pour nous des initiateurs si dévoués.

M. A. Decès (de Reims), professeur de clinique chirurgicale, n'a cessé, durant tout le cours de nos études, de nous prodiguer les marques de la plus grande bienveillance. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage respectueux de notre affection et de notre profonde reconnaissance.

Externe de M. le professeur Dieulafoy, nous avons pu apprécier l'attrait de son enseignement si substantiel, et dans maintes circonstances nous avons reçu les preuves de l'intérêt tout particulier qu'il nous témoignait. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre reconnaissance et de notre respect.

Pendant l'excellente année que nous avons passée près de lui, M. le docteur Cuffer nous a enseigné la médecine clinique et la pathologie de la première enfance. Il sait combien nous lui sommes profondément dévoué.

Nous sommes fier d'avoir été l'élève de M. le professeur Bouchard. L'enseignement de ce vénéré maître nous a été particulièrement précieux, nous lui en exprimons notre vive gratitude.

Nous tenons aussi à assurer de notre sincère reconnaissance M. le professeur Panas, qui nous appris ce que nous savons d'ophtalmologie, M. le professeur Pinard, notre maître en obstétrique, M. Michaux, chirurgien des hôpitaux, qui nous a toujours prodigué ses conseils, M. Lermoyez qui nous a initié à la laryngologie, M. Jules Simon qui nous a enseigné les maladies infantiles.

Que M. le professeur Le Dentu nous permette de réclamer ici son patronage. C'est dans son laboratoire qu'a été fait ce travail. A lui appartiennent les trois cas de myxomes légitimes que nous publions. Il nous a toujours témoigné un affectueux intérêt, et aujourd'hui il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre gratitude respectueuse.

Nous remercions de son accueil si bienveillant M. Fabre-Domergue, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale. — M. Aug. Pettit, chef-adjoint du laboratoire, nous a donné ses précieux avis avec la plus grande amabilité et a mis à notre disposition pour les coupes de tumeurs toute sa science de la technique histologique. De grand cœur nous lui disons bien sincèrement : merci.

Nous sommes heureux d'assurer ici de notre profonde affection et de notre entier dévouement notre excellent ami M. le docteur Henri Brodier, chef de clinique de la Faculté à Necker.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Virchow (1) le premier, en 1857, lors de ses recherches sur le tissu muqueux et la structure du cordon ombilical, décrivit sous le nom de myxomes (de $\mu\upsilon\chi\alpha$, mucosité) des tumeurs molles, d'apparence gélatineuse, composées de tissu muqueux.

« Il est certes extraordinaire, dit Virchow (2), que l'on n'ait pas depuis longtemps décrit cette forme de tumeur, en elle-même si caractéristique. Dans le fait, on l'a bien des fois distinguée, mais comme on ne connaissait pas le véritable type de son tissu, comme on ne pouvait se rendre compte de ses rapports avec le tissu muqueux normal, qui n'était pas reconnu comme tel, on en faisait tantôt des espèces particulières de tumeur, tantôt des variétés particulières d'autres espèces de tumeurs. »

Bien avant les travaux de Virchow, l'aspect et la consistance de ces néoplasmes avaient attiré l'attention des observateurs.

(1) *Virchow's Archiv.*, 1857. T. XI, p. 286.

(2) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*. Trad. P. ARONSSOHN, Paris, 1867, t. 1, p. 402.

Beaucoup de tumeurs décrites par Bayle, Laënnec, sous le nom de cancers ou tumeurs colloïdes à cause de « leur consistance gélatiniforme, molle, tremblotante, rappelant l'aspect de la colle à demi-solidifiée » devaient être vraisemblablement des myxomes.

Dans la description du collonema de Muller (1) il est aisé de reconnaître les principaux caractères du tissu myxomateux.

« La tumeur consiste, dit-il, en un tissu extrêmement mou, ressemblant à de la gelée tremblotant au moindre mouvement. La substance fondamentale organique forme de rares faisceaux de fibres et de vaisseaux. La masse principale consiste en globules gris qui sont en partie plus gros que les globules sanguins. »

Peut-être Cruveilhier (2) a-t-il voulu décrire ces tumeurs lorsqu'il a étudié dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, les dégénérations organiques qu'il divise en dégénérations aréolaires et gélatiniformes et en dégénérations cancéreuses proprement dites. Chevallier (3) n'hésite pas à voir dans ces dégénérations aréolaires de véritables myxomes. Néanmoins, il ne faudrait peut-être pas être trop affirmatif sur ce point. En tout cas, il ne peut être question que de fibro-myxome et non pas de myxome pur, attendu que Cruveilhier parle de trames fibreuses ou lamelleuses plus ou moins serrées, formation

(1) J. MULLER, *Archiv. für Anat. Phys. und Wiss. Medicin*, 1836, p. 249.

(2) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathol. générale*, Paris, 1864. T. V.

(3) CHEVALLIER, *Etude sur le myxome*, th. Paris, 1891.

qui n'existent pas dans le myxome pur. Toutefois la comparaison qu'il établit entre cette « dégénération aréolaire et gélatiniforme et la lésion du placenta improprement désignée sous le nom d'hydatides placentaires (1) », légitimerait peut-être l'opinion émise par Chevallier.

Les prédécesseurs de Virchow n'avaient, pour se guider dans leurs observations, que les caractères physiques des tumeurs et ceux-ci peuvent être absolument trompeurs, surtout quand il s'agit de myxomes. A une période de transformation régressive, en effet, beaucoup de néoplasmes présentent cet aspect tremblotant et cette consistance colloïde qui seuls caractérisaient alors le myxome.

« Aussi pour s'orienter, dit Virchow (2), doit-on rechercher le type de la néoplasie dans son développement réel et non pendant le stade de transformation régressive... Il faut étudier et examiner toutes les productions depuis l'époque de leur premier développement jusqu'à celle de leur déclin et rechercher quels sont les types physiologiques normaux avec lesquels elles concordent. »

Ce type physiologique normal, Virchow, le trouva dans le tissu du cordon ombilical, dans la gélatine de Wharton.

Il reconnut alors que la plupart des néoplasmes décrits auparavant sous le nom de tumeurs colloïdes ou collo-nema « ne représentaient que des formes plus ou moins pures, plus ou moins embryonnaires du tissu muqueux ».

(1) CRUVEILHIER. *loc. cit.*, note p. 3.

(2) VIRCHOW. *La Pathologie cellulaire*. Trad. P. PICARD, Paris. 1864, p. 402.

« Bon nombre de tumeurs qu'on a rangées dans la série des colloïdes, dit-il (1), ont entièrement la structure du cordon ombilical et, comme cet organe, contiennent du mucus dans leur substance intercellulaire. J'avais désigné le tissu du cordon ombilical et les tissus analogues sous le nom de tissu muqueux ; je n'eus qu'un pas à faire pour désigner les tumeurs analogues à ces tissus, tumeurs muqueuses ou myxomes ».

(1) VIRCHOW. *Pathologie cellulaire*, p. 403.

CHAPITRE II

Le tissu muqueux dans les conditions normales et dans les conditions pathologiques.— La mucine.— Le myxome

Les travaux des anatomo-pathologistes ont mis en évidence, depuis longtemps déjà, l'importance du tissu muqueux dans la constitution de nombreuses productions pathologiques de l'organisme humain. Nous citerons spécialement les néoplasmes tels que les carcinomes, les sarcomes et les enchondromes qui fréquemment sont le siège de métamorphoses muqueuses considérables.

Mais, à ce point de vue, le myxome mérite une place à part : en effet ce néoplasme peut, dans certains cas, être en totalité constitué par du tissu muqueux. Mais il convient, dès maintenant, d'insister sur un fait remarquable. Quand, fidèles aux principes de l'anatomo-pathologie, nous voulons retrouver à l'état normal le prototype morphologique du tissu muqueux, nous nous heurtons à une difficulté insurmontable : le tissu muqueux présente cette particularité de n'avoir pas de représentant normal chez les mammifères adultes et par conséquent chez l'homme.

Le tissu muqueux n'a, en effet, qu'un rôle extrême-

ment éphémère et restreint dans la constitution de notre organisme : il faut remonter aux premières phases de la vie pour pouvoir en constater l'existence. C'est, en somme, un tissu conjonctif embryonnaire constitué par un grand nombre de faisceaux conjonctifs fins, sans forme définie, réunis par une gangue amorphe au milieu de laquelle sont plongées des cellules arrondies ou étoilées. Ce tissu n'existe guère dans l'espèce humaine que pendant la vie fœtale : La gélatine de Warthon du cordon ombilical n'est pas autre chose que du tissu muqueux. Toutefois il convient de remarquer qu'il persiste pendant toute l'existence dans le corps vitré, mais non sans perdre de ses caractères spéciaux. Virchow signale aussi sa présence dans l'épaisseur des parois du cœur, notamment dans les valvules cardiaques (1).

Au contraire, ce tissu a une extension considérable dans le règne animal. Chez les poissons plagiostomes notamment, du tissu muqueux persiste pendant toute la durée de la vie et se rencontre dans des régions étendues. Au voisinage des cartilages de la tête, il existe, en effet, chez ces animaux une masse importante de tissu muqueux. On le retrouve chez les êtres les plus divers : Hilger l'a étudié chez les Holothuries, Hertwig chez les Méduses où il entre pour une part prépondérante dans la constitution de l'animal.

Au point de vue chimique le tissu muqueux est caractérisé par la présence de la mucine ; c'est encore cette

(1) VIRCHOW. *Gesammelte Abhandlungen*, p. 509 et *Pathologie des tumeurs*. T. I, p. 397.

substance qui constitue la partie principale du mucus(1).

La mucine peut être extraite non seulement de divers liquides (de la bile, du contenu des kystes, de la salive, de la synovie, etc.) mais aussi de tissus plus ou moins solides (du cordon ombilical, de la glande sous-maxillaire) des tendons, de tumeurs variées, sarcomes, enchondromes, carcinômes, myxomes, etc.

« La mucine (2) extraite des différents tissus présente des particularités diverses. Dans l'état de la plus grande pureté possible, la mucine est une poudre amorphe insoluble dans l'eau froide. Dans l'eau chaude, elle se gonfle au point que le liquide prend l'aspect d'une solution. La mucine se dissout entièrement dans les liquides alcalins où elle conserve cependant ses propriétés et ne diffuse presque pas à travers les membranes animales. Elle est insoluble dans l'alcool et l'éther. La présence des sels augmente sa solubilité dans l'eau. Par l'ébullition on ne réussit pas à la coaguler ni même à la précipiter. Elle se comporte d'une façon tout à fait remarquable vis-à-vis des acides. Elle est précipitée des solutions alcalines par l'acide acétique et les acides minéraux étendus (au-dessous de 5 0/0). Le dépôt ne se redissout pas ou tout au moins très difficilement dans un excès d'acide minéral. En outre de sa manière de se comporter vis-à-vis des acides, la mucine se distingue encore des autres corps albuminoïdes par la propriété qu'elle pos-

(1) Voir LUKJANOW. *Eléments de Pathologie cellulaire générale*. Trad. FABRE-DOMERGUE et Auguste PETTIT.

(2) LUKJANOW, *loc. citato*, p. 73.

sède de n'être précipitée que par un seul des sels de métaux lourds, l'acétate de plomb basique (ainsi Eichwald a pu réussir à précipiter la mucine de ses solutions alcalines au moyen de Fe_2Cl_6 , CuSO_4 , HgCl_2 , AgNO_3). Le tannin ne produit aucun précipité. La mucine présente les réactions de la xanthoprotéine et de Millon comme les véritables matières albuminoïdes. Les sucs digestifs n'ont aucune action sur les mucus. Par l'ébullition en présence des acides minéraux étendus (H_2SO_4 et HCl), il se produit une substance qui jouit de la propriété de réduire les sels de cuivre et de bismuth (d'après Landwehr la mucine extraite de la bile ne donne pas de sucre quand elle est chauffée en présence de H_2SO_4).

La nature chimique de la mucine n'est pas encore bien établie. On s'est souvent demandé si la mucine avait une individualité chimique ou non. La première opinion prévalait anciennement. Aujourd'hui nombre d'auteurs tendent à admettre la seconde.

Les résultats de nombreuses analyses de mucine sont réunis dans le tableau ci-contre emprunté au traité de Liebermann. Les analyses de mucine de différentes origines qui ont été faites par Scherer, Eichwald, Obolensky et autres concordent en deux points : Ce corps est dépourvu de soufre et est pauvre en azote comparativement à l'albumine typique (la mucine contiendrait plus d'oxygène que d'albumine). De nouvelles analyses fournissent cependant des résultats différents ; elles montrent d'abord que la mucine contient du soufre et qu'ensuite elle n'est pas aussi pauvre en azote et aussi riche en oxygène qu'on le croyait anciennement.

Mucine

O/O	mucus de la peau des Holothurides d'après HILGER	de l'Escargot d'après EICHWALD	mucus de l'oviducte de la grenouille d'après MULDER	mucine du cordon ombilical d'après JAN STRÖM HAMMARSTEN	mucus de la vésicule biliaire d'après V. GORUP	d'un kyste de l'homme d'après SCHERER	mucus de la glande sous-maxillaire du boeuf d'après BOLENSKY
C	48.8	48.94	50.5 — 51.0	51.51	51.68	52.17	52.31
H	6.9	6.81	6.5	6.69	7.01	7.01	7.22
N	8.8	8.50	9.3 — 9.6	13.90	13.22	12.64	11.84
O	—	35.75	33.7 — 33.6	26.86	28.04	28.63	28.63
S	—	—	—	1.04	—	—	—

O/O	mucus de la vésicule biliaire d'après KEMP	mucine des œufs de grenouille d'après GIACOSA	mucine de la bile du boeuf d'après LANDWEHR	mucus des nids d'hirondelle indiens ou néosine d'après MULDER	mucine du manteau d'Hélix Ponsat d'après HAMMARSTEN	mucine du tendon d'Achille du boeuf d'après LOBISCH
C	52.5—52.2	52.7—53.09	53.09	54.8—55.0	50.34	48.80
H	7.9—7.6	7.1—7.21	7.0	7.0	6.84	6.45
N	14.4—14.8	9.33—9.45	13.8	14.6	13.67	11.74
O	25.2—25.4	—	24.41	26.5—26.2	—	—
S	—	1.32	1.1	—	1.79	0.81

Dans les dernières années, c'est Landwehr qui a contribué le plus à étendre nos connaissances sur la mucine. Il a étudié les mucines de diverses origines et a démontré par l'analyse la plus minutieuse des produits fournis par la vésicule biliaire du taureau et de l'homme que la bile dans les conditions normales ne contient pas d'albumine libre. Dans tous les cas, Landwehr a constaté dans la mucine du soufre, bien qu'en quantité variable ; la teneur en azote, évaluée dans les produits qu'il a préparés lui-

même et dont la pureté est à ses yeux certaine, peut atteindre 14 0/0. D'après Landwehr, la mucine n'a pas une composition chimique nettement définie ; il la considère comme un mélange de globuline associé à des hydrocarbures et à des acides biliaires et admet, à la rigueur, la présence d'une certaine quantité de nucléine dans la mucine. C'est principalement la présence de la globuline qui nous fait ranger la métamorphose muqueuse dans la série des métamorphoses albuminoïdes. Remarquons à cette occasion que d'après Morochowetz la mucine, l'amyloïde et la nucléine sont des substances identiques. Landwehr attire l'attention sur ce fait qu'on peut par un traitement approprié extraire de la mucine toutes les variétés de matières albuminoïdes ; cet observateur a réussi à obtenir à l'état pur les hydrocarbures que renferme la mucine ; il les désigne sous les noms de achrooglycogènes et de gommages animales. La première dénomination fait allusion à l'impossibilité de colorer ce corps en question par l'iode ; la seconde à la propriété que présentent ces corps de se combiner à la globuline comme les gommages végétales qui sont précipitées par l'acide acétique et insolubles dans un excès du même réactif. La formule des gommages animales est d'après Landwehr : $C_{12} H_{20} O_{10}$.

Il estime que l'hydrocarbure d'une espèce donnée de mucine présente les caractères de l'achrooglycogène.

Les observations de Landwehr ont attiré à la fois l'attention des chimistes et des pathologistes, mais toutes ses vues n'ont pas été acceptées sans restriction. C'est ainsi que Pajkull s'est convaincu en étudiant le mucus biliaire

(C 50,89 H 6,735 N 16,14 S 4,66)

que la mucine est une nucléalbumine et non un mélange de globuline et d'un acide biliaire ; d'après Hammarsten, la mucine extraite de la glande sous-maxillaire

(C 48,84 H 6,80 N 12,32 S 0,873 et cendres 0,35)

présente les caractères d'un acide. Pour donner un aperçu sur les idées des contradicteurs de Landwehr, je reproduirai ici toute une série de propositions qui ont été récemment formulées par Liebermann : 1° Il existe vraisemblablement différentes mucines comme il existe différents corps albuminoïdes. 2° Il existe peut-être de la mucine qui contient du soufre et de la mucine qui en est dépourvue. 3° Il est possible qu'on trouve des substances mucogènes (Hammarsten). 4° Jusqu'à présent, rien n'autorise à refuser à la mucine une individualité chimique. 5° Les mucines dérivent des corps albuminoïdes et ne sont autre chose que des glucosides animaux qui sous l'action des alcalis et des acides minéraux se déboulent en un hydrocarbure et une molécule double d'azote. Il est douteux que cet hydrocarbure ou encore celui qui provient de la mucine des escargots soit identique à la gomme animale de Landwehr. Des différences très tranchées s'opposent à une telle assimilation. En outre, il est douteux qu'on puisse considérer la molécule double d'azote comme une albumine, si on admet que tous les corps albuminoïdes contiennent du soufre — la mucine pure ou tout au moins certaines mucines, il est vrai, sont regardées comme des corps dépourvus de

soufre. 6° Les rapports de la gomme animale de Landwehr ne sont pas actuellement suffisamment établis, attendu que : a) il n'est pas encore démontré que celle-ci existe préformée et ne dérive pas au contraire d'un autre corps ; et que b) il est douteux que la gomme animale ou la substance qui la produit (dont elle dérive dans cette théorie) mérite le nom de partie constituante de la mucine ou puisse être considérée comme faisant partie soit d'un mélange, soit d'une combinaison chimique. On peut actuellement encore regarder la gomme animale comme un corps qui accompagne souvent la mucine dans les liquides animaux sans que pour cela elle contracte des rapports plus intimes avec cette dernière. « On peut facilement, d'après cette série de propositions, se faire une idée de la diversité des opinions qui ont cours relativement à la structure chimique de la mucine et qui attendent impatiemment une solution où même une simple concordance. Il va de soi, que dans l'ignorance où nous sommes des substratums chimiques, nous ne pouvons apprécier qu'avec une extrême prudence les faits chimiques relatifs à la métamorphose muqueuse. »

Dans l'économie animale la mucine a un rôle capital, bien qu'elle n'entre pas, à proprement parler, dans la constitution d'un tissu spécial, nous voulons parler d'éléments particuliers très répandus chez tous les métazoaires, les cellules à mucus ou cellules caliciformes, qui constituent de véritables glandes muqueuses unicellulaires (1). « Les cellules se composent d'une partie

(1) Voir HENNEGUY, *Leçons sur la cellule*. Paris, 1896, p. 239.

protoplasmatique basilaire contenant le noyau, surmontée d'une sorte de sac, la théca, rempli d'un produit de sécrétion et s'ouvrant au dehors par une ouverture, le stroma, par laquelle est expulsé le produit de sécrétion. Étudiées par un grand nombre d'auteurs, entre autres, par F. E. Schulze (1876), List (1886), M. Ranvier (1889), les cellules caliciformes encore jeunes montrent dans l'intérieur de leur théca une masse filamenteuse réticulée dans les mailles de laquelle sont de nombreux petits globules réfringents, formés d'une substance moins dense, la substance mucigène...

Hoyer (1890) a étudié avec soin l'action des matières colorantes sur le mucigène et le mucus. Il a montré que seules les couleurs d'aniline basiques colorent la mucine. Il a expérimenté sur des muqueuses de différents animaux, fixées par le sublimé, une série de couleurs basiques, bleu de méthylène, brun Bismarck, safranine thionine ou violet de Lauth. Cette dernière substance est celle qui lui a donné les meilleurs résultats; elle colore les noyaux des cellules en bleu et la substance mucigène en violet rougeâtre.

Notons en passant cette différence de coloration que la thionine, qui est violette, donne d'une part aux noyaux et de l'autre au mucigène. Ce n'est pas là un fait isolé. La safranine colore les noyaux en rouge et donne à la substance fondamentale du cartilage une belle couleur orangée, à la mucine une teinte brune rougeâtre, au tissu élastique une coloration bleu d'acier. Le bleu de méthylène, qui colore en bleu les noyaux, donne une couleur rouge violette aux granulations de Mastzellen; le

vert de méthyle, qui colore les noyaux en vert bleuâtre, teint en violet intense la matière amyloïde des tissus en voie de dégénérescence, etc. Le changement de coloration que subit une même matière colorante en présence d'éléments histologiques, différents, constitue ce que les histologistes ont appelé la métachromasie. C'est un phénomène très important, mais dont l'étude, poursuivie simultanément par les chimistes et par les physiologistes, rendra, je crois, les plus grands services à la cytologie et à l'histologie. »

D'ailleurs, nous devons rappeler une observation intéressante due à un professeur polonais, A. Kosinski. En traitant des préparations de myxome par la quadruple coloration à l'hématoxyline, à la nigrosine, à l'éosine et à la safranine, cet auteur a trouvé que le mucus paraît aussi se colorer en brun bronzé. C'est là un fait important à noter et qui pourrait servir à caractériser la formation du mucus dans les éléments conjonctifs.

Il nous reste encore à indiquer les cas où la métamorphose muqueuse se manifeste en tant que processus pathologique.

Nous signalerons tout d'abord les inflammations, dites catarrhales, de la muqueuse, dans lesquelles le nombre des cellules caliciformes tend à augmenter; ce sont d'ailleurs des faits que deux auteurs, Stricker et Koschlakoff, ont pu reproduire expérimentalement.

Comme nous l'avons déjà montré, la métamorphose muqueuse se manifeste dans divers néoplasmes; mais, en outre, on peut l'observer dans certains cas pathologi-

ques, dans les os, le cartilage et le tissu conjonctif ordinaire.

Nous avons déjà parlé des myxomes ; nous devons enfin rappeler que récemment Gull, Ord, Charcot, etc., ont décrit une nouvelle maladie — le myxœdème, — caractérisée par l'accumulation dans le tissu sous-cutané de masses considérables de mucine.

Ces quelques notions nous permettront d'aborder avec une grande facilité l'étude des myxomes, c'est-à-dire des néoplasmes constitués par du tissu muqueux.

D'ailleurs il existe des tumeurs où le type muqueux est conservé dans sa pureté parfaite et où il serait peut-être même difficile d'indiquer des traits différentiels entre le néoplasme et le tissu normal correspondant de l'embryon.

Nous-même avons pu observer un de ces cas remarquables dans le laboratoire de M. le professeur Le Dentu (Voy. p. 33).

On a alors affaire à des néoplasmes dont le prototype à l'état normal est rigoureusement réalisé par la gélatine de Wharton ou le corps vitré.

Toutefois l'histoire du myxome est de date très récente. Virchow, le premier, sépara ces productions des dégénérescences colloïdes. Billroth, Luschka, Cornil et Ranvier, Rindfleisch, Ziegler en ont donné de bonnes descriptions anatomiques ; Hénocque en a tracé un tableau précis dans le *Dictionnaire de Dechambre*. Quénu leur a consacré un intéressant article dans le *Traité de Duplay et Reclus* et enfin Pierre Delbet dans le *Traité de chirurgie cli-*

nique et opératoire du professeur A. Le Dentu a remarquablement résumé l'état de la question.

Le myxome appartient à la catégorie des tumeurs conjonctives : c'est ce qu'exprime très clairement l'expression de « *ödémateuse Fibrom* » employée par Ziégler (1) pour désigner ces sortes de néoplasmes ; ce sont, en effet, des tumeurs formées par du tissu muqueux, c'est-à-dire par du tissu conjonctif embryonnaire. Ce sont, d'après Cornil et Ranvier, des tumeurs gélatiniformes, tremblantes, parcourues par des vaisseaux faciles à voir et à isoler. Nous-même nous avons pu constater ces dispositions avec un développement remarquable sur une des pièces conservées au laboratoire de la Clinique chirurgicale de Necker (voy. n° 349, obs. I, fig. 1) :

Sur les coupes, les vaisseaux ont une lumière très élargie et sont gorgés de sang ; les éléments blancs sont remarquablement nombreux. Il résulte de cette disposition que quand on râcle à l'état frais ces néoplasmes, on obtient une gelée fluide, semblable à de la gomme arabique, renfermant des cellules de formes variées ainsi que des globules sanguins.

Suivant la constitution de la tumeur, on peut, avec Cornil et Ranvier (2), distinguer trois espèces de myxomes :

- 1° Le myxome pur ;
- 2° Le myxome contenant une quantité considérable de fibres élastiques ;
- 3° Le myxome lipomateux caractérisé par la présence

(1) ZIEGLER, *Lehrbuch der Patholog. Anatomie*.

(2) CORNIL ET RANVIER, *Histologie pathologique*.

de vésicules adipeuses, en nombre parfois si considérable que le diagnostic peut être difficile entre un myxome et un lipome.

Le myxome a une aire de répartition considérable : On peut l'observer dans les muscles, dans la peau, dans certaines muqueuses, notamment la muqueuse des fosses nasales, les nerfs, les reins, le cerveau, les poumons, le sein, les os, etc. Enfin il est assez fréquent dans les glandes salivaires et la parotide en particulier. Sur un total de quatre cents pièces conservées au laboratoire de clinique chirurgicale du professeur Le Dentu nous avons relevé trois de ces tumeurs. Encore convient-il de faire remarquer que deux de celles-ci n^{os} 240 et 349) appartiennent à un type très rare, le myxome pur ; ainsi que le constatent Cornil et Ranvier : « il est peu de tumeurs de la parotide constituées par du myxome pur. Le tissu muqueux se trouve au contraire assez souvent mêlé au tissu cartilagineux dans les chondromes de cette glande. Dans le myxome pur de la parotide, le tissu muqueux entoure les culs-de-sac d'une portion plus ou moins considérable de la glande qui y sont noyés, ou bien il forme des masses développées dans les grandes cloisons fibreuses, si bien qu'on n'y trouve pas de culs-de-sac glandulaires. » (1).

Il est un point sur lequel nous devons insister : c'est la nécessité de l'examen histologique. La plupart du temps en effet, le myxome ne se traduit par aucun signe caractéristique à l'observation du clinicien. Le fait suivant,

(1) *Loc. cit.*, p. 256.

rapporté par Reclus, montre combien délicate est l'appréciation simplement clinique de certaines tumeurs.

« Nous avons enlevé, dit-il, un myxome pur de l'avant-bras qui, deux fois, avait été pris, après ablation, pour un véritable lipome ; à la dernière récurrence seulement il avait revêtu la couleur et la consistance d'une tumeur muqueuse (1) ».

Cette observation nous met en garde. Elle nous indique quelle circonspection on doit apporter au diagnostic de la nature myxomateuse d'une tumeur lorsqu'on n'a pas soumis cette dernière à l'examen histologique.

Le microscope constituant, dans les mains de l'anatomo-pathologiste, un critérium sûr, il convient d'examiner les indications que la clinique peut retirer de ce moyen d'investigation.

Dans les cas de myxomes on observe fréquemment de la pseudo-fluctuation et pour éclairer le diagnostic on est tout naturellement porté à faire une ponction avec la seringue de Pravaz. Mais c'est là un espoir vain, il faut le reconnaître ; malgré cette apparence de fluctuation, la ponction reste sans résultat et c'est à peine si l'on retrouve dans la canule quelque peu d'une substance gélatineuse, amorphe, sans caractères assez accusés pour permettre de poser un diagnostic. D'ailleurs, il convient de signaler l'existence de points de ramollissement fréquents à l'intérieur de ces tumeurs pour éviter une erreur de diagnostic regrettable dans le cas où la seringue ramènerait un

(1) RECLUS, *Manuel de Pathol. externe*. T. 4, p. 179.

liquide puriforme renfermant des leucocytes, quelques hématies et diverses cellules altérées.

Le seul moyen d'établir histologiquement un diagnostic ferme serait de pratiquer une biopsie d'ailleurs très limitée.

Les observations que nous relatons (p. 27, 33, 34) montrent la facilité du diagnostic en même temps que sa valeur.

Il suffirait, dans ce cas, d'une simple fixation dans l'alcool à 100°, d'une coloration sommaire des coupes au picrocarminate d'ammoniaque ou à l'hématoxyline pour obtenir des renseignements complets sur le néoplasme étudié.

Quant au pronostic des myxomes, nous devons rappeler ici, comme conclusions aux données anatomo-pathologiques qui précèdent que, d'une façon générale, la même loi histogénétique s'applique à la fois au sarcome et au myxome.

En thèse générale, on doit admettre que la malignité d'un myxome est fonction de sa structure : ces néoplasmes sont d'autant moins graves que leur structure s'éloigne davantage de celle du tissu embryonnaire, en un mot que leur organisation est plus élevée.

Néanmoins, sans pouvoir être affirmatif sur ce point, il convient peut-être de faire une réserve : en effet certains cliniciens considéreraient volontiers les myxomes lipomateux comme les néoplasmes les plus malins de ce groupe.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I (personnelle). *Myxome de la Parotide.*

C... Eugène, 46 ans, entre le 5 mars 1895 dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Le Dentu pour une tumeur de la région parotidienne droite.

Antécédents héréditaires, peu intéressants. Nous les signalons pour donner une observation complète. Père mort il y a 6 ans de tuberculose pulmonaire. Mère morte depuis deux ans, d'une affection cardiaque. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé générale.

Le *début* de l'affection remonte à l'âge de 10 ans environ, époque à laquelle le malade s'est aperçu, tout à fait par hasard, qu'il avait dans la région parotidienne droite une petite tumeur du volume d'une noisette. En un an et demi la tumeur augmente progressivement et atteint la grosseur d'un œuf environ. Depuis lors le volume reste stationnaire, sauf certaines variations peu importantes d'augmentation puis de diminution.

Le malade avait établi une certaine corrélation entre ces variations et l'état d'une blépharo-conjonctivite dont il a été atteint pendant plusieurs années.

Etat actuel : le 5 mars 1895, la tumeur présentait les caractères suivants :

A l'inspection on constate que la région parotidienne du côté droit est occupée par une tumeur allongée dans le sens vertical, s'étendant

en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire et en haut jusqu'au voisinage de l'arcade zygomatique. Dans le sens horizontal antéro-postérieur elle s'étend de la partie antérieure du pavillon de l'oreille jusqu'à 4 centimètres environ de ce dernier.

Cette tumeur arrondie présente à la palpation une consistance homogène. Mais, au point de vue de sa conformation, on y perçoit trois lobes : un petit lobe supérieur, au niveau du siège du ganglion préauriculaire et un petit lobe inférieur au niveau de l'angle de la mâchoire, le lobe moyen constituant la presque totalité de la tumeur.

Cette dernière donne à la pression alternative des doigts une sensation de pseudo-fluctuation qui peut faire hésiter le diagnostic entre un kyste de la région parotidienne, un lipome ou un myxome. Cette tumeur est mobile sous la peau dont la coloration est normale; elle jouit d'une mobilité moins grande sur les parties profondes et est *absolument indolore*.

On n'a relevé aucun symptôme de compression du côté du facial et des vaisseaux du cou.

Une ponction exploratrice permet d'éliminer toute collection liquide de la région. M. le professeur Le Dentu pense qu'il s'agit là d'une tumeur myxomateuse de la parotide.

L'opération est faite le 29 mars. Après une incision verticale, la tumeur est mise à nu et facilement extirpée sans lésion des vaisseaux ni des nerfs, particulièrement du facial.

Suture aux crins de Florence et drainage. Le premier pansement est enlevé le quatrième jour. On supprime le drain. La guérison survient sans complications. Le malade sort le 6 avril.

Grâce au système des fiches adopté pour la statistique dans le service de clinique chirurgicale de Necker, nous avons pu revoir le malade et constater que la guérison s'était maintenue complète jusqu'à ce jour.

Examen histologique. — (pièce n° 349; laboratoire de la clinique chirurgicale de Necker.)

La tumeur fraîche présente sur la tranche un aspect blanc nacré; sa consistance est assez ferme.

Divers fragments prélevés dans les différentes régions de la tumeur sont fixés dans les réactifs suivants :

1^o Liqueur de Pacini :

Sublimé.....	1
Sel de cuisine.....	2
Eau	100
Acide acétique	1

2^o Mélange fort de Flemming :

Acide chromique à 1 0/0.....	45	} volumes
Acide osmique à 2 0/0.....	4	
Acide acétique cristallisable	1	

3^o alcool à 100.

De larges coupes, après inclusion dans le collodion de Duval, sont pratiquées pour se rendre compte de la topographie de la tumeur.

Sur de telles pièces examinées à un *faible grossissement* on est frappé au premier abord par les inégalités de coloration que présentent les diverses régions. Sur le fond peu coloré de la tumeur on observe des trainées qui fixent énergiquement les diverses teintures histologiques : carmin aluné, hématoxyline, hématéine, etc., le contenu des plus gros vaisseaux présente les mêmes dispositions (Voy. fig. 1).

A un *plus fort grossissement* (Voy. fig. 2), les trainées colorées intensivement se résolvent en une accumulation de petites cellules arrondies, mesurant en moyenne 7 μ de diamètre et fixant sans élection les teintures : ce sont des leucocytes peu différenciés qui pourraient peut-être, à la rigueur, en imposer pour de jeunes foyers épithéliomateux ; mais le fait qu'on retrouve les mêmes éléments, absolument identiques, en proportion considérable, dans tous les vaisseaux de la tumeur suffirait pour écarter cette opinion.

La tumeur proprement dite est composée par une masse amorphe qui ne fixe pas les colorants usuels : hématoxyline, safranine, car-

min, etc. ; par contre sur du matériel fixé au sublimé on obtient avec le bleu de méthylène une coloration bleue intense.

Cette masse renferme divers éléments :

α. — Des cellules de diverses formes ; les unes sont arrondies, les autres étoilées et munies de prolongements plus ou moins longs ; en moyenne le corps cellulaire mesure 20 μ.

β. — Des fibres ; la pièce renferme deux sortes de fibres : des fibres conjonctives très fines, rectilignes et des fibres élastiques très réfringentes et spiralées.

ε. — Des vaisseaux lymphatiques très nombreux.

δ. — Des vaisseaux sanguins remarquables tant par leur nombre que par leur calibre.

En aucun point on ne peut retrouver de trace des canalicules sécréteurs ; ceux-ci ont été partout remplacés par le tissu myxomateux.

Certains points de la tumeur méritent l'attention : ce sont des régions qui ont subi la dégénérescence muqueuse ; nous avons représenté, fig. 2 un de ces points ; les cellules deviennent de plus en plus rares et finalement on ne trouve plus sur les pièces colorées à l'hématoxyline qu'un coagulum incolore plus ou moins retractoré par les réactifs ; nous sommes alors en présence de mucine presque pure. Le bleu de méthylène, employé sur [du matériel fixé au sublimé, donne en ces points une coloration bleue intense et homogène.

Enfin il est un détail de structure sur lequel nous devons insister : nous voulons parler des éléments inflammatoires dont la tumeur est infiltrée.

C'est à ces éléments que Fabre-Domergue (1) fait allusion lorsqu'il parle de ces tumeurs « où l'élément conjonctif migrateur tient une place importante ». L'observation microscopique démontre en effet que (2) « toute

(1) FABRE-DOMERGUE. Sérothérapie et cancers. *Compte-rendus de la Soc. de biologie*, 24 mai 1895.

(2) FABRE-DOMERGUE, *loc. cit.*

tumeur contient en proportion variable une masse leucocytaire dont le volume peut osciller dans de larges limites sans que pour cela le tissu néoplasique proprement dit subisse des modifications pareilles. »

Or, nous l'avons indiqué, l'examen clinique du malade a permis de constater la réalité de ces variations de volume sans qu'on puisse toutefois établir les causes de ces phénomènes.

Ces changements que présentent les tumeurs dans leur volume peuvent être assez importants pour que Fabre-Domergue n'hésite pas à expliquer les résultats obtenus dans la sérothérapie des cancers par de simples modifications subies par l'élément conjonctif migrateur (1). « Les injections modificatrices, dit-il, agissent sur l'ensemble de la masse néoplasique de façons différentes selon leurs propriétés toxiques et probablement chimio-taxiques. Injecte-t-on dans une tumeur de l'huile phosphorée comme l'a fait récemment encore M. Nepveu, de l'acide picrique (Morau) ou tout autre poison cellulaire, les éléments touchés par le réactif périssent immédiatement en même temps que celui-ci, se combinant avec les albuminoïdes des tissus forme avec eux des combinaisons insolubles et par conséquent inertes. Les parties ainsi frappées de nécrose aseptique ne tardent pas à être résorbées par les éléments mobiles du tissu conjonctif et le volume de la tumeur diminue proportionnellement. Dans ce premier cas, l'injection modificatrice agit à la façon d'un simple caustique. Son efficacité est limitée par le

(1) FABRE-DOMERGUE, *loc. cit.*

fait que jamais son action ne s'étend à tous les éléments constitutifs de la tumeur.

Plus décevantes encore sont les injections des substances qui n'interviennent que par leur action chimiotaxique sur les leucocytes. L'on sait par les expériences de Massart et Bordet, de Metchnikoff que les toxines microbiennes présentent au plus haut point ce pouvoir. L'on sait aussi que la chimiotaxie peut être positive ou négative (Pfeffer, Massart et Bordet)...

... C'est sur cet élément migrateur que l'injection modificatrice exerce son action chimiotaxique et l'on conçoit que dans certains cas particulièrement propices cette chimiotaxie négative puisse être assez considérable pour amener une diminution temporaire et très notable de la masse totale d'une tumeur.

Par conséquent régression vraie par destruction partielle et incomplète du tissu néoplasique, régression apparente par raréfaction des éléments conjonctifs migrants, parfois production simultanée de ces deux effets, tels sont les phénomènes qui viennent en imposer pour une guérison et qui permettent en tout cas, d'expliquer à la fois les succès temporaires observés à la suite des injections de substances chimiques les plus dissemblables, l'unité des résultats signalés malgré la diversité de ces substances, et enfin la réserve avec laquelle doivent être accueillies de nouvelles expériences tentées dans le même ordre d'idées. »

OBSERVATION II. (Personnelle). — *Myxome de la parotide.*

Il s'agit d'un malade d'une trentaine d'années environ, M. R..., opéré en ville le 10 juin 1893 (1) par M. le Professeur Le Dentu pour une tumeur de la région parotidienne dont nous avons retrouvé les pièces n° 240 au laboratoire de la clinique chirurgicale de Necker, et dont voici l'examen histologique très intéressant au point de vue de la question qui nous occupe.

Ce néoplasme appartient, en effet, à la catégorie si rare des tumeurs de la parotide qui sont *uniquement constituées par du tissu muqueux* (Voy. fig. 3).

On croirait être en présence d'une coupe pratiquée dans la gelée de Wharton.

Les coupes se présentent au microscope sous l'aspect d'une gangue amorphe et d'une homogénéité parfaite, piquetée de cellules fixant intensivement la safranine, l'hématoxyline, l'hématéine, etc ..

Les réactions de la substance intercellulaire sont d'ailleurs les mêmes que celles que nous avons indiquées à propos de la pièce 349. (obs. I).

Nous devons toutefois signaler le petit nombre de fibres et la rareté des vaisseaux tant sanguins que lymphatiques. Dans la pièce 349 au contraire, les vaisseaux sont anormalement développés en nombre et en volume.

Les lymphatiques y sont également abondants ; les fibres conjonctives et élastiques enfin sillonnent en de nombreux points la gangue muqueuse.

(1) M. le Professeur Le Dentu a pu suivre le malade et constater que depuis le mois de juin 1893 jusqu'à ce jour la guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION III (personnelle). — *Fibro-myxome sous-maxillaire.*

Quoique cette tumeur n'ait pas son siège dans la parotide, mais bien dans la glande sous-maxillaire, nous pensons qu'il est peut-être intéressant de la rapprocher des cas précédents, car elle représente un stade remarquable d'évolution des *tumeurs muqueuses pures* que l'on a si rarement l'occasion d'observer.

G... Jean, 17 ans, domestique, entre à la salle Malgaigne, n° 3, dans le service de clinique chirurgicale de Necker, le 5 avril 1894.

Ses parents remarquent que dès l'âge de 6 mois, il présente dans la région sous-maxillaire gauche une petite tumeur grosse comme une amande. Le volume augmente progressivement et atteint vers l'âge de 5 ans la grosseur d'un œuf de dinde. Puis diminution considérable de la tumeur qui semble même disparaître et ensuite retour au volume d'un œuf, un an après environ, à la suite d'une rougeole. Le malade n'accuse que des douleurs très fugaces lors de cet accroissement de volume.

L'état reste stationnaire jusqu'à l'âge de 17 ans.

Le 4 avril 1894, au milieu de son travail, le sujet est pris de douleurs de tête très violentes ; la fièvre s'allume ; la tumeur devient sensible et, au dire du malade, double de volume pendant la nuit.

Le lendemain, entrée à l'hôpital.

Etat actuel : Tumeur située à l'angle de la mâchoire du côté gauche : Etendue dans le sens antéro-postérieur, elle se prolonge le long du bord inférieur du maxillaire et a envahi toute la région sous-maxillaire. Cette tumeur, tendue, douloureuse est pseudo-fluctuante. La peau qui la recouvre est rouge ; cependant on ne sent pas d'empâtement des parties voisines.

La température est de 40° : L'évolution clinique est tout à fait analogue à celle que l'on observe dans les cas de transformation des néoplasmes et en particulier dans les cas de suppuration de ces derniers.

La température descend progressivement et revient le deuxième jour à la normale.

La tumeur est moins tendue, l'état général reste bon. — Le 10 avril 94, six jours après le début de cette poussée fébrile, M. le Professeur Le Dentu pratique l'extirpation de la tumeur, sans aucune difficulté opératoire.

Malgré la température élevée des jours précédents il ne trouve aucune trace d'un processus inflammatoire quelconque.

Suture et drainage. Le malade sort guéri le 17 avril. Nous le revoyons deux ans après l'opération, la guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour.

Examen histologique. — A la coupe macroscopique on trouve la tumeur formée d'un tissu homogène qui présente l'aspect suivant : un stroma fibreux, blanc grisâtre, à travées fermes et assez dures, limite des cavités du volume d'un petit pois au maximum. Ces cavités contiennent pour la plupart un liquide citrin, transparent ; d'autres sont pleines de sang ; plus rares enfin sont celles qui contiennent une pulpe blanchâtre assez cohérente. Sur une section on voit le contenu des cavités s'écouler au dehors et la surface de coupe devient bombée.

La tumeur fuit sous le rasoir mais en même temps elle résiste assez. On a, en somme, l'impression d'une éponge imbibée de liquide.

Les larges coupes sont particulièrement homogènes : elles seules, en effet, permettent de se rendre un compte exact de la complexité structurale de cette tumeur.

A l'examen microscopique (faible grossissement), l'aspect aréolaire déjà si net sur les sections macroscopiques est encore exagéré ; la coupe donne l'impression d'un réseau très compliqué présentant, suivant les points, où on le considère une structure très différente.

En certains points, on trouve une matière amorphe englobant des éléments nucléés, arrondis ou étoilés ; on est donc là en présence de tissu muqueux ; mais on peut, en nombre d'endroits, voir ce tissu devenir plus riche en éléments cellulaires en même temps que les fibres apparaissent plus nombreuses ; le tissu muqueux se transforme de la sorte insensiblement en tissu conjonctif ; d'ailleurs cette évolution ne s'arrête pas là. Les coupes offrent, en effet, de nombreux exemples

de tissu conjonctif encore plus différencié et transformé en tissu alvéolaire. L'ensemble de ces formations sert de soutien à de nombreux vaisseaux ; en outre il limite la série des cavités dont nous avons parlées précédemment : au voisinage de celles-ci, la trame fibro myxomateuse se surcharge d'éléments inflammatoires.

L'examen microscopique confirme les renseignements fournis par l'observation de la pièce fraîche ; on retrouve du sang dans certaines cavités ; d'autres, au contraire, sont remplies par un coagulum muqueux dans lequel on peut, par places, observer quelques rares cellules tranchant par leur vive coloration sur le fond pâle de la substance amorphe.

OBSERVATION IV. — *Tumeur de la Parotide. (Myxome)* LEBAIL:
Bull. soc. anat. de Par. 1871. XLVI, 201 204.

M. Lebail présente une volumineuse tumeur de la parotide enlevée par M. S. Duplay (hôpital Beaujon). L'examen histologique a montré que c'était un myxome.

P... (Louis-Hippolyte), journalier, 48 ans, entrée : 14 septembre ; sortie : 14 octobre 1871.

Le malade est d'une bonne santé habituelle ; en 1848, il fit une chute sur la glace à la suite de laquelle il resta complètement sourd du côté droit.

Il y a douze ans, apparition d'une tumeur du volume d'un petit pois, située dans la région parotidienne gauche, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille, derrière la branche du maxillaire inférieur. Cette tumeur est survenue sans douleur, un mois environ après l'ablation de deux dents molaires de la mâchoire supérieure du même côté. Elle acquit en l'espace de six années, le volume d'une grosse noix et resta toujours indolente. A cette époque, le malade fit cautériser sa tumeur par un charlatan, avec un liquide dont il ne peut indiquer la nature. A partir de ce jour, la tumeur prit un développement plus rapide et actuellement (six ans après la cautérisation) elle est très volumineuse. Elle s'étend, en hauteur, depuis la paroi inférieure du conduit auditif externe qu'elle soulève ainsi

que le lobule de l'oreille jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, qu'elle débordé en bas de deux à trois travers de doigt ; en largeur, elle commence un peu en arrière du bord antérieur du masséter qu'elle recouvre et s'étend jusqu'au niveau d'une ligne qui prolongerait en bas le bord postérieur de l'apophyse mastoïde ; elle fait en dehors une saillie plus grosse que le poing. Cette tumeur est dure, présente en certains points des nodosités, des bosselures d'une consistance plus grande que partout ailleurs, une entre autres, en haut et en arrière, au voisinage du lobule de l'oreille ; elle ne semble pas adhérente profondément ; saisie à pleines mains, elle peut être déplacée dans tous les sens. Elle ne cause d'ennui au malade que par son volume et par la difformité qu'elle produit ; ne fait aucune saillie du côté de la bouche ou de pharynx ; ne gêne ni la mastication, ni la déglutition ; ne détermine aucune compression capable d'amener des troubles de circulation ou d'innervation (pas d'hémiplégie faciale). — La peau qui la recouvre est lisse, tendue, rouge au niveau des points les plus saillants, mobile partout, excepté en un endroit limité en haut et un peu en arrière, qui paraît correspondre à la partie cautérisée.

Le 21 le malade est chloroformé. Incision cruciale sur la tumeur, suivant ses deux diamètres, vertical et transversal ; dissection des lambeaux cutanés ; la tumeur est alors attaquée en arrière, où elle se laisse détacher sans grande difficulté, et, pour ainsi dire énucléer, excepté en haut, au voisinage du lobule où quelques adhérences plus solides sont détruites avec le bistouri et les ciseaux ; quelques fibres du bord antérieur du sterno-mastoïdien sont comprises dans cette section ; puis la tumeur est renversée d'arrière en avant, et détachée, autant que possible, à l'aide des doigts seulement. — Une branche de l'auriculaire postérieure est seule ouverte pendant l'opération et liée — le nerf facial n'est pas intéressé : aucun signe d'hémiplégie faciale. Une portion des lambeaux cutanés, disséqués sur la tumeur et maintenant trop longs, est réséquée ; la plaie est bourrée de charpie et quelques points de suture réunissent les lambeaux cutanés supérieur et inférieur, de chaque côté de l'incision verticale qui reste largement ouverte.

Les jours suivants, aucun accident.

Le malade ne se plaint que d'une légère inflammation de la gorge qui le gêne un peu pour avaler.

Le 24 : la charpie est retirée de la plaie ; les points de suture sont enlevés ; les lambeaux cutanés restent réunis sur presque toute l'étendue.

A partir de ce jour, pansement simple matin et soir. La perte de substance se comble très rapidement ; les bords tuméfiés de la plaie s'affaissent. Aucun accident consécutif, si ce n'est quelques douleurs peu violentes, dans l'oreille gauche, et qui disparaissent rapidement à l'aide d'injections d'une décoction de guimauve et de pavot aucune trace de paralysie faciale.

Le 14 octobre 1871 le malade quitte l'hôpital ; la plaie est presque entièrement cicatrisée.

Examen microscopique (myxome) par M. A. d'ESPINE. Pièce fraîche. — La tumeur ne donne pas de suc à la coupe ; par le râclage, on obtient de petits fragments qui sont formés de cellules anastomosées et constituent un réseau à larges mailles au milieu d'une substance fondamentale amorphe, parfaitement transparente et ne se colorant pas par le carmin (substance muqueuse).

Pièce durcie. — Sur des coupes minces on reconnaît deux parties : l'une *glandulaire*, l'autre de nouvelle *formation* et plus considérable. La première est formée de cellules épithéliales normales telles qu'on les trouve dans les acini de la parotide mais nulle part les acini ne sont parfaitement conservés ; le plus souvent, on ne reconnaît leur place que par la présence de petits amas de cellules épithéliales noyées au milieu du tissu morbide, nulle part elles ne sont circonscrites par le stroma normal qui partout au niveau des acini est transformé et a subi la transformation en tissu muqueux.

Dans d'autres points, au contraire, ce stroma est épaissi et forme des nœuds d'où partent dans tous les sens des faisceaux de tissu conjonctif qui deviennent de plus en plus fins et difficiles à déceler à mesure qu'ils pénètrent dans les parties muqueuses.

La plus grande partie de la tumeur est formée de tissu muqueux : dans les points *demi-transparents* de la périphérie où la masse

morbide paraît la plus récente on trouve un superbe réseau de cellules qui s'anastomosent entre elles par des prolongements assez longs, qui, à une petite distance de la cellule, se continuent directement avec des prolongements d'une cellule voisine, ou bien se divisent et communiquent avec plusieurs cellules voisines. Les cellules sont grandes, elles présentent à peu près les mêmes dimensions que les grandes cellules conjonctives des ganglions, elles affectent les mêmes variétés de forme, les unes sont allongées en fuseaux, leur contenu est granuleux aussi bien dans la cellule que dans les prolongements, les autres au contraire, à contours très irréguliers; elles s'en distinguent néanmoins par la présence de deux ou plusieurs gros noyaux.

Dans certains points, on voit les cellules accolées à des faisceaux conjonctifs très fins, qui sont distincts et ne forment nulle part de réticulum; enfin les *fibres élastiques* sont rares; nous en avons vues seulement en un point dans les mailles du réseau cellulaire: elles se présentaient avec leurs caractères normaux, d'apparence rubanée, d'enroulement et de bifurcation.

Enfin la *substance muqueuse* fondamentale était amorphe et ne se colorait pas par le carmin.

Nous n'avons pu découvrir de vaisseaux dans les parties purement muqueuses.

Dans les parties centrales, la dégénérescence muqueuse est beaucoup plus avancée; les cellules ont disparu, ou bien ne constituent plus que quelques points isolés, les anastomoses n'existent plus, et la substance amorphe forme presque la totalité de ces petits kystes gélatineux, qui sur la pièce fraîche pouvaient même s'énuccléer de la loge formée par le stroma fibreux épaissi.

OBSERVATION V. — *Myxome de la parotide*. — Thèse de PÉROCHAUD (obs III). Collection du laboratoire d'anatomie pathologique de Nantes. Année 1876, (pièce n° 33).

Le 15 avril 1876 M. Chenantais enlevait à une femme de 56 ans, une petite tumeur située dans la région parotidienne. Elle était bien

enkystée, dure au toucher et donnait au premier abord la sensation d'un ganglion. Une fois enlevée et ouverte, la tumeur laissa s'échapper une masse gélatiniforme muqueuse, divisée en un certain nombre de grumeaux.

L'examen histologique a montré de grandes cellules étoilées, anastomosées au milieu d'une substance hyaline ou finement granuleuse, contenant par places des réseaux très fins de fibres élastiques. Cette tumeur est un type de myxome. Elle avait mis cinq ou six ans à se développer, et n'a jamais incommodé le malade.

OBSERVATION VI. — *Myxome presque pur avec quelques amas épithéliaux.* — (Th. de PLANTEAU, 1876, Paris).

Sur deux tumeurs provenant du service de M. Gosselin, j'ai trouvé : 1^o du tissu myxomateux contenant encore des tractus fibreux non détruits ;

2^o Des amas cellulaires peu nombreux, mais pour la plupart volumineux, contenant un grand nombre de cellules pressées les unes contre les autres. Ces amas sont bien limités... Dans les préparations, on trouve encore des tubes épithéliaux isolés qui sont des canaux glandulaires remplis de cellules épithéliales. La paroi de ces canalicules paraît encore persister.

La portion myxomateuse contient des cellules étoilées et des noyaux arrondis.

Sur ces préparations, on voit les faisceaux fibreux comme dissociés et écartés les uns des autres par la substance fondamentale du myxome.

A la suite des observations de myxome pur que nous avons relatées ci-dessus, il nous a semblé intéressant de signaler un certain nombre de faits relatifs à des tumeurs de nature différente, mais qui toutes se rattachent, d'une façon étroite, au tissu myxomateux,

La plupart d'entre elles constituent, en quelque sorte, des transformations du myxome qui, par les complications qu'elles peuvent entraîner, s'imposent à l'attention du clinicien.

OBSERVATION VII. — *Myxo-chondrome de la parotide*. — Collection du laborat. d'anatomie pathol. de l'École de médecine de Nantes. Année 1880, pièce n° 59).

Cette tumeur a été enlevée en avril 1880 par M. Poisson.

Son début paraît remonter à dix ans. Il y a huit ans elle a été très incomplètement enlevée. La récédive eut lieu peu de temps après. — En enlevant cette nouvelle tumeur dont, comme on le voit, la marche n'a pas été rapide, M. Poisson a constaté qu'elle n'était pas adhérente à la peau et qu'elle paraissait avoir pris naissance dans cette partie de la parotide qui s'étend au devant du masséter. — On n'a pas trouvé de ganglions engorgés. Le canal de Sténion a été reconnu et a paru indemne.

Examen microscopique. — La tumeur a, à peu près, le volume d'une noix. La section présente un tissu assez peu homogène, terne, gris, friable par places ; ailleurs nacré, transparent, ayant tout à fait l'aspect du cartilage. En examinant les coupes, on voit que le néoplasme est très bien limité par une coque fibreuse. Suivant les points que l'on examine, on trouve les aspects suivants :

1^o Par places, l'aspect de la dégénérescence muqueuse est à peu près total ; des cellules plus ou moins nombreuses nagent dans une substance muqueuse abondante.

2^o Ailleurs, on trouve du myxome bien développé : cellules étoilées et fibrilles fines semées au milieu de la substance muqueuse.

3^o Outre quelques travées de tissu fibreux adulte et les vaisseaux qui y rampent, on rencontre d'assez grands amas de cartilage à capsules très épaisses. Quelques capsules sont grandes et contien-

nent des capsules secondaires. De sorte que nous sommes en présence d'une tumeur qui contient des parties en dégénérescence muqueuse, du myxome vrai et du chondrome.

4^e Enfin en dehors des différents tissus qui viennent d'être énumérés, on trouve des amas de cellules épithéliales peu proliférantes, qui sont sans doute des restes de l'épithélium glandulaire. Il convient d'ajouter que ces cellules sont petites, arrondies, tassées les unes contre les autres ; elles ont totalement perdu la physionomie de l'épithélium salivaire, ce qui est d'ailleurs un fait constant dans les tumeurs des glandes salivaires. Dans certains groupes de ces cellules, on peut reconnaître des restes de conduits excréteurs ; nulle part on ne constate un aspect épithéliomateux bien net.

OBSERVATION VIII. — *Tumeur myxo-sarcomateuse de la Parotide.*

PAUL BEZANÇON. *Bull. Soc. Anat. de Paris.* année. LVX, série V. T. IV, fasc. 11, S. 249. 250).

Le nommé R..., journalier, âgé de 50 ans, entre le 29 avril 1890 à Lariboisière, salle Nélaton, n° 7, service de M. le docteur Peyrot, pour une volumineuse tumeur de la région parotidienne. Ses antécédents héréditaires sont nuls ; son frère est mort après plusieurs années de maladie, il avait des hématomés répétés et son teint était jaune paille : une sœur est bien portante. Le malade, homme robuste, n'a pas eu dans la jeunesse d'affection grande. Il y a 25 ans, il a remarqué derrière le masseter du côté droit un noyau de la grosseur d'un pois : 5 ans après, il était, dit le malade, de la grosseur du pouce : ce n'est que depuis 1886 environ que le néoplasme a pris un développement rapide. Il s'est fait d'ailleurs sans causer de douleur, sans apporter au malade d'autre gêne que celle qui résulte du volume même de la tumeur, sans le forcer à interrompre les travaux des champs auxquels il est employé.

La tumeur s'étend de l'extrémité inférieure de l'oreille jusqu'au menton qu'elle déborde de 6 à 8 c. son grand diamètre mesure 30 c.

son petit 20 c. La peau qui la recouvre est semée de varicosités, elle n'est nulle part adhérente à la tumeur. Celle-ci est multilobée, dure, non fluctuante, assez mobile ; son pédicule est très large, on ne peut l'embrasser des deux mains. Par d'adhérences avec le maxillaire ni avec la région sus-hyodienne. Le lobule de l'oreille est simplement soulevé sans que le pavillon soit déformé : pas de surdité ; pas de paralysie faciale, ni de compression nerveuse.

Le 6 mai M. Peyrot pratique l'ablation de la tumeur : elle est faite aisément, celle-ci étant complètement encapsulée ;

Par sa partie profonde, la tumeur est en contact avec la glande parotide, dont on voit aisément les lobules, sans pénétration de la capsule par le tissu glandulaire.

Le néoplasme pèse 1340 grammes ; il est ovale, avec des bosselures nombreuses : il est assez résistant au scalpel, de couleur blanche, avec quelques parties ramollies et contient en deux endroits des kystes à parois anfractueuses.

Examen histologique par M. A. Raoult. — Avec un grossissement faible on trouve la masse néoplasique circonscrite par une paroi fibreuse épaisse, dense, d'où partent concentriquement des trainées fibreuses, qui disparaissent assez rapidement dans l'intérieur de la masse. Ces travées limitent des ilots d'aspect variable. Les uns très clairs d'apparence réticulée, friables, d'autres plus denses dont les éléments sont vivement colorés par les réactifs. Ces derniers ilots présentent en certains points une apparence acineuse, dont les cavités sont remplies d'une substance réfringente colorée en jaune feu, le picro-carmin restant incolore sur les préparations colorées par le carmin d'alun.

A un fort grossissement, on voit que les premiers ilots clairs, d'apparence réticulée, sont composés de cellules ramifiées de tissu conjonctif, à prolongements nombreux et de cellules d'apparence embryonnaire accolées à ces dernières.

Les deuxième ilots plus denses sont formés de deux sortes d'éléments ; les uns qui composent la majeure partie de la trame ont une apparence fusiforme, soit régulièrement accolés en faisceaux, soit irrégulièrement disposés : les autres qui entourent les cavités d'ap-

parence acineuse que nous avons mentionnées plus haut, sont rangés régulièrement autour de ces cavités. Ces derniers éléments polyédriques, d'aspect épithélial gardent partout leur rapport avec les cavités acineuses ; ils sont en contact intime à la périphérie avec les éléments fusiformes d'aspect sarcomateux. La matière réfringente située au centre des acini est amorphe, d'aspect colloïde. Parmi les éléments fusiformes qui englobent les cavités, on remarque de nombreuses fibres élastiques très volumineuses formant en quelques points un réseau assez serré. Les vaisseaux qui rampent dans le même tissu ont leurs parois très réfringentes.

Nous n'avons rencontré aucun élément d'apparence cartilagineuse ; dans plusieurs points parmi les éléments sarcomateux nous avons observé des cellules en voie de prolifération avec 2 ou 3 noyaux et d'autres éléments dans les noyaux desquels le carmin d'alun faisait apparaître des figures karyo-kinétiques très nettes.

Nous pensons être ici, en présence d'une *tumeur mixte, myxo-sarcomateuse avec des éléments épithéliaux d'aspect adénomateux*.

OBSERVATION IX. — *Myxo-chondro-sarcome de la parotide.* —
RUIDISCH LUDWIG. *Beitrag zur Casuistik der Parotistumoren*
Regensburg 1893, 8^o 35, S.S. Inaug. diss; München.

J. F..., 43 ans, charpentier de Parsan, entre à la polyclinique chirurgicale de Munich pour une tumeur située au devant de l'oreille gauche.

Antécédents. — Le malade dit avoir reçu un coup de son maître d'école il y a 30 ans, au-devant de l'oreille gauche. A la suite de ce mauvais traitement le malade ressentit pendant trois semaines des douleurs dans l'oreille qui cessèrent au bout de ce temps.

Deux ans après, il voit apparaître au-devant de l'oreille gauche une tumeur de grosseur d'un pois et quelque temps après une autre située un peu plus en avant. Le malade ne prêta pas attention à ces deux petites tumeurs qui grandirent lentement, mais continuellement, surtout la tumeur postérieure. Elles furent au début toutes deux mobiles ; plus tard, au fur et à mesure qu'elles grandirent,

elles se réunirent pour former une seule masse. A la fin de décembre 1891, la peau s'enflamma, le malade s'adressa à un praticien qui fit appliquer sur la tumeur un certain liquide qui provoqua l'ulcération de la peau.

Etat actuel. — Dans la région parotidienne gauche il y a une tumeur de la grosseur du poing. La peau qui la recouvre est épaissie et sillonnée de grosses veines. Dans la moitié inférieure de la région préauriculaire se voit une surface ulcérée de la grandeur d'une pièce de cinq francs. La tumeur atteint en avant le milieu de la joue, en arrière l'apophyse mastoïde, en bas la région carotidienne en haut le conduit auditif. La peau est adhérente à la tumeur dans sa plus grande partie. La surface du néoplasme est bosselée à la palpation notamment en deux endroits, où l'on sent deux grosses bosselures dont l'antérieure est située devant le muscle auriculaire et la postérieure plus volumineuse au-dessus de la première. La consistance de la tumeur est celle du cartilage. Par sa situation, la tumeur est mobile dans une certaine mesure, mais seulement dans le sens vertical et non dans le sens horizontal. On constate du côté du nerf facial quelques symptômes de paralysie; le malade se plaint en outre de troubles auditifs, on ne constate pas de tuméfaction ganglionnaire. Il n'y a pas non plus de troubles de la respiration ni de la déglutition.

On peut poser le diagnostic de tumeur parotidienne sans toutefois se prononcer sur sa nature,

Opération pratiquée par le professeur Klaussner.

Incision de la peau dans la région sous-maxillaire intéressant la portion ulcérée. La peau est disséquée avec une certaine difficulté. La capsule est incisée couche par couche à cause de l'hémorragie qui est assez abondante. Après l'ouverture de la capsule la tumeur se laisse facilement décortiquer excepté à sa portion interne, à cause des adhérences du prolongement carotidien de la parotide. Chemin faisant, on lie l'artère transversale de la face et la veine jugulaire externe. Quant au nerf facial il ne s'est pas présenté pendant toute la durée de l'opération.

Suture à la soie; pansement antiseptique; premier pansement le

18 février. Pas d'inflammation autour de la plaie, et celle-ci est presque entièrement cicatrisée. On enlève la plupart des fils et un tampon qui avait été mis dans la plaie.

24 février. On enlève les derniers fils et la cavité produite par le tampon se comble.

25 février. Le malade sort de l'hôpital.

EXAMEN DE LA PIÈCE. *Examen macroscopique.* La tumeur a le volume d'une orange, elle est d'un gris rosé. La superficie est rugueuse, mamelonnée, sa consistance élastique. *Sur une coupe* la partie centrale est blanche, très dure, manifestement cartilagineuse ; autour d'elle, séparés par un épais tissu conjonctif se groupent des nodules. Les plus gros nodules sont cloisonnés et contiennent un tissu plus mou, colloïde, très net. La coupe de la partie centrale était dure, d'un blanc gris brillant.

Examen microscopique.— Epais amas cellulaires non encapsulés mais dispersés au sein d'un tissu conjonctif : on voit nettement de riches et épais faisceaux de tissu intersticiel entre les cellules. Celles ci présentent les caractères de cellules lymphoïdes en partie rondes, en partie fusiformes. Parfois certaines parties des cellules portent les caractères des cellules cartilagineuses. Ces dernières sont étoilées, quelquefois fusiformes ; quelques-unes sont manifestement encapsulées. En plusieurs endroits le tissu de soutènement est reticulé et renferme çà et là quelques cellules fusiformes : en d'autres endroits l'intérieur des cellules présente un reticulum foncé et de grande vacuoles. Dans ces masses cellulaires se voient des éléments isolés rappelant les cellules cartilagineuses plus petites que d'habitude. En certains endroits la substance fondamentale présente un état manifestement granuleux. Les noyaux étant colorés on observe dans certaines parties qu'ils sont déformés et on trouve les caractères d'un tissu en voie de dégénérescence commençante.

OBSERVATION X (Résumée) *Tumeur de la parotide.* — PLANTEAU
th. Paris (1876)

L'examen histologique a été fait par M. MONOD, chef du laboratoire de l'Hôpital des cliniques.

Homme de 58 ans porteur d'une énorme tumeur de la région parotidienne gauche. Elle a débuté, il y a trente cinq ans, par un petit nodule qui s'est montré un peu au-dessous de l'oreille, cette tumeur est restée stationnaire pendant très longtemps.

Il y a un an, c'est-à-dire en 1883 elle ne présentait encore que le volume d'un œuf de pigeon, mais depuis elle a pris un énorme développement.

Etat actuel. La tumeur, a comme dimensions 16 centimètres dans le sens vertical, 14 dans le sens transversal. Elle remonte jusqu'au dessus de l'arcade zygomatique et soulève fortement le lobule de l'oreille.

En bas elle descend jusqu'au voisinage de la clavicule. Elle fait en dehors une énorme saillie conique, bosselée. Cette tumeur a gardé pendant longtemps une forme régulièrement arrondie ou ovoïde; elle présente aujourd'hui des bosselures multiples qui n'ont pas toutes la même consistance. L'une présente une résistance à peu près élastique. A la partie supérieure de la tumeur se trouve une bosselure de consistance demi-molle: au-dessous d'elle, s'en trouve une plus volumineuse qui présente une fluctuation manifeste.

Tumeur mobile sur les parties profondes. La peau n'est ni adhérente, ni ulcérée.

La joue gauche est paralysée mais non d'une manière absolue. Le grand zygomatique a encore conservé une partie de ses fonctions; la phonation est quelque peu gênée. La branche cervico-faciale est paralysée.

Opération pratiquée le 29 novembre 1874 ablation de la tumeur en totalité sans lésions de vaisseaux importants. M. Ch Monod a revu le malade dans son pays où il était revenu le 3 février 1875.

La tumeur parotidienne n'avait pas tardé à reparaitre mais ce n'est qu'au mois de juin suivant que le malade a commencé à res-

sentir de vives douleurs. En août 1875 la nouvelle tumeur était devenue très volumineuse, elle était ulcérée et donnait lieu à une suppuration abondante.

Le malade ressentait toujours des douleurs très vives qui ont persisté jusqu'à sa mort, le 14 janvier 1876.

A la coupe on observe dans la tumeur trois portions bien distinctes plutôt par leur aspect que par une ligne de séparation véritable. La première occupant la partie la plus élevée de la tumeur (celle qui, sur le vivant, était à la fois dure et transparente) est formée par un tissu très ferme, blanchâtre, offrant la consistance du cartilage, il y a même en un point limité, une nodosité osseuse.

La deuxième portion située immédiatement au-dessous de la précédente, dont elle est séparée par un léger sillon, est d'une consistance ferme, égale, mais d'une contexture beaucoup moins serrée. Humide à la coupe (à l'opposé de l'autre qui est complètement sèche), elle présente la même coloration et en diffère surtout en ce que le tissu d'apparence fibreuse est surtout moins abondant, et se présente surtout sous forme de bandelettes allongées. Au milieu de ce tissu, de nombreux points gris transparents, et d'autres ramollis et d'apparence kystique. Ces derniers contiennent un liquide transparent et filant.

La troisième, la plus inférieure, la plus considérable, offre l'aspect d'une véritable bouillie centrale, de couleur grisâtre, d'aspect encéphaloïde ramolli.

Examen microscopique. (Raclage). — Le raclage donne non pas un suc véritable, mais des portions ramollies de la tumeur, dans lesquelles dominant au microscope des éléments les uns allongés, la plupart arrondis, et constitués presque exclusivement en apparence, avant coloration, par de fines granulations graisseuses. Après coloration par le picrocarminé on distingue d'une façon très nette qu'il s'agit là de cellules dont le noyau arrondi se colore en rose tandis que le protoplasma est granuleux ; à côté de ces cellules granuleuses, on en trouve d'autres intactes, présentant un noyau se colorant en rose et un protoplasma complètement trans-

parent : sur les coupes, à l'état frais, on aperçoit les mêmes éléments englobés dans un tissu fibrillaire.

Examen microscopique après durcissement. — (Gomme, alcool, picrocarminate, glycérine). La tumeur paraissait, comme on l'a dit, constituée à l'œil nu de trois parties distinctes : l'une centrale, tout-à-fait ramollie ; l'autre, au contraire, d'une dureté squirrheuse ; la troisième d'une consistance mollasse, se rapprochant davantage par son aspect de la première que de la deuxième.

Examen microscopique des parties molles et demi-molles. — Elles sont essentiellement constituées par de grandes masses de tissu myxomateux, sarcomateux et sarcomyxomateux au milieu desquelles se retrouvent des éléments d'apparence épithéliale.

Les éléments de la tumeur considérés isolément, appartenaient à trois catégories bien distinctes :

1^o Les cellules, d'aspect fusiforme ou arrondis suivant la coupe ; présentant un noyau, se colorant en rouge après l'action du picrocarminate, un nucléole unique ou double, brillant, et un protoplasma granuleux, demeurant incolore, abondamment pourvu, en certains points de la tumeur, de granulations et de véritables gouttelettes graisseuses. Ces cellules sont, tantôt presque en contact immédiat, serrées les unes contre les autres et formant un tissu analogue à celui du sarcome, tantôt séparées par une substance intercellulaire transparente, en un point colorée par le carmin et constituant comme un tissu de transition (sarcomyxomateux) entre le précédent et celui qu'il nous reste à décrire sans ce dernier, la substance intercellulaire transparente l'emporte sur les éléments cellulaires ; ceux-ci sont épars dans celle-ci et souvent à une distance relativement considérable les unes des autres : on reconnaît à cette description l'aspect du myxome. Par places, la mucine a été complètement coagulée par le réactif :

2^o Des éléments cellulaires, fortement colorés, remarquables par leur volume peu considérable et leur forme arrondie. Ils sont constitués par une masse granuleuse uniformément colorée, dans laquelle on distingue mal un noyau et un protoplasma — L'examen a permis de se convaincre que ces éléments formant des groupes

plus ou moins étendus représentaient les restes des éléments épithéliaux glandulaires de la parotide.

3^e Des parties granuleuses, sous forme cellulaire aussi, ne se colorant pas par le carmin, les unes formées par de fines granulations graisseuses, les autres semblant constituées par des débris d'éléments cellulaires en voie de dégénérescence graisseuse.

Enfin au milieu de ces parties diverses se voient des faisceaux de tissu conjonctif fortement colorés en rose.

Il était possible et examinant un point de la tumeur où la lésion était moins avancée, de se rendre compte des rapports réciproques de ces diverses portions et de leur mode de développement. Sur un petit lobule, de développement récent, qui se détachait de la masse principale, on pouvait en effet, grâce à une série de coupes, suivre tous les degrés de la lésion depuis le lobule glandulaire, presque intact jusqu'à la dégénérescence et la destruction complète.

Le premier degré l'altération était une augmentation de volume des lobules glandulaires avec multiplication des éléments épithéliaux qui le composaient. Plus loin aux cellules épithéliales glandulaires s'adjoignaient peu à peu des cellules la plupart fusiformes, formant avec les précédents une masse cellulaire plus ou moins étendue.

Le troisième degré de la lésion était tantôt une véritable transformation myxomateuse, tantôt une sorte de désintégration de fonte granuleuse des éléments cellulaires en voie de prolifération. Dans les points où cette dernière altération apparaissait, les masses granulo-graisseuses succédaient, pour ainsi dire, sans transition aux éléments épithéliaux ou sarcomateux.

La transformation myxomateuse au contraire paraissait se faire par progrès insensibles, suivant le processus indiqué plus haut.

Ces trois formes de la lésion étaient en certains points réunis sur un espace relativement peu étendu.

La petite masse ainsi constituée rappelait par sa forme arrondie l'aspect des petits lobules glandulaires agrandis. Toujours aussi dans ces cas les éléments d'apparence épithéliale étaient groupés à la périphérie, tandis que les parties en dégénérescence graisseuse ou myxomateuse occupaient le centre.

Ailleurs, au contraire, les tissus myxomateux, sarco-myxomateux, débordant les limites du lobule glandulaire, forment des masses étendues, ce n'est alors que par comparaison avec les foyers précédents que l'on reconnaît dans les petits groupes très disséminés de cellules d'aspect épithélial les restes de la glande détruite.

En résumé il était évident que la tumeur était essentiellement constituée par une transformation sarcomateuse et myxomateuse du tissu glandulaire parotidien. Que le nom sous lequel il convenait de la désigner était sarcomyxome de la parotide, le point de départ nous semble être dans les lobules mêmes de la glande.

Examen microscopique des parties dures de la tumeur. — Cette partie qui ne formait qu'une petite partie de la masse totale présentait les caractères d'un carcinome alvéolaire type.

OBSERVATION XI. — *Myxo-épithéliome de la parotide* (Thèse de PEROCHAUD. Obs. IX. Collection du laboratoire d'anatomie pathologique de Nantes. Année 1879, n° 83.)

Cette tumeur de la parotide, enlevée par M. Chenantais en mai 1879, est la récidive d'une autre tumeur opérée précédemment. Elle forme une petite masse ayant à peu près le volume de l'extrémité du pouce. La coupe montre une surface très irrégulière, divisée en deux tissus d'aspects différents. L'un est nacré, demi-transparent, cartilagineux ; l'autre est mat et granuleux, un peu friable.

Examen microscopique. — Lorsqu'on examine à un faible grossissement des coupes de cette tumeur, on distingue de la manière la plus nette deux substances : l'une, de nature conjonctive ; l'autre formée par des amas de cellules épithéliales. La substance conjonctive se présente sous des aspects variables. A la partie périphérique, où elle forme l'enveloppe du néoplasme, cette substance conjonctive se présente sous forme de gros faisceaux fibreux, parfaitement colorés par le carmin, très denses et très pauvres en cellules. Le même tissu fibreux s'observe aussi dans un certain nombre de cloisons qui pénètrent au milieu de la tumeur.

La seconde apparence que revêt la substance conjonctive est celle d'un tissu fibrillaire ou granuleux, jaunâtre, ressemblant à du tissu élastique en voie de développement, mais n'étant probablement en réalité qu'un commencement de transformation muqueuse de la trame. Enfin une partie du tissu qui paraît blanchâtre à l'œil nu, vu au microscope, est constituée par une substance fondamentale grisâtre, fibrillaire ou légèrement granuleuse : au milieu de cette substance, se trouve une très grande quantité de cellules étoilées, qui, dans bon nombre de points, lui donnent l'apparence du myxome type. Dans quelques points des coupes, on rencontre des cellules plus arrondies, qui semblent contenues dans une capsule encore très rudimentaire, de sorte qu'il y avait là quelques parties cartilagineuses au sein du tissu myxomateux.

Les masses épithéliales se présentent, suivant les points où on les examine, sous des aspects assez variables : par places, ce sont d'énormes masses remplissant de grandes cavités : ailleurs ce sont des boyaux cellulaires allongés ; enfin dans bon nombre de points on trouve des espèces de cavités ou de cylindres creux qui sont tapissés par les cellules épithéliales. Si on examine les rapports de l'épithéliome avec la substance muqueuse, on voit dans quelques points favorables, le tissu muqueux sous forme d'îlots entourés de toutes parts par les cellules épithéliales : ailleurs on rencontre des traînées épithéliales, plus ou moins considérables, au milieu du tissu muqueux. Il semble que le tissu muqueux a envahi les masses épithéliales, étouffé leurs cellules et s'est substitué à leur place. Dans les cloisons qui séparent les lobules de la tumeur, on rencontre souvent quelques vaisseaux plus ou moins sclérosés.

OBSERVATION XII. — *Myxo-épithéliome de la parotide*. Thèse de PAROCHARD obs. X. Collection du laboratoire d'anatomie pathologique de Nantes. Année 1881 pièce n° 72.

Cette tumeur, un peu plus grande que le bout du pouce a été enlevée par M. Chénantais à une femme de 25 à 30 ans, c'est une deuxième récidive.

L'examen microscopique des coupes permet de distinguer : 1^o des parties conjonctives formées par du tissu fibreux très dense, dont les faisceaux se colorent fortement par le carmin ; 2^o d'autres parties également conjonctives composées de tissu muqueux plus ou moins bien développé suivant les points ; 3^o de masses épithéliales tantôt très volumineuses, tantôt très petites et comme dissociées au milieu du tissu muqueux.

OBSERVATION XIII. — *Epithéliome tubulé à trame fibro-muqueuse de la parotide*. Thèse de PEROCHAUD obs. XV Collection du laboratoire d'anatomie pathologique de Nantes. Année 1884, pièce n^o 61).

Cette tumeur a été envoyée au laboratoire par M. Joüon, elle présente le volume d'une petite pomme.

Examen microscopique. Au microscope et à un faible grossissement on constate au premier coup d'œil l'existence de deux tissus bien différents : la tumeur est en effet un épithéliome à trame fibreuse avec des points myxomateux. Dans les masses épithéliales on voit du tissu muqueux qui se développe au milieu d'elles et qui les dissocie et les désagrège.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Faire le diagnostic du myxome de la parotide, c'est différencier les unes des autres les tumeurs diverses et polymorphes observées dans la région parotidienne. Pour arriver à un diagnostic certain, il ne faut pas envisager seulement les caractères physiques de la tumeur ou de la tuméfaction, il ne suffit pas de se rapporter aux signes fournis par un examen local très minutieux, on risquerait de faire très souvent fausse route ; ici plus encore peut-être qu'ailleurs, l'évolution clinique, surtout l'histoire pathologique du malade aideront maintes fois à jeter un peu de lumière sur l'obscurité de la diagnose.

Ainsi les *phlegmons* et les *abcès* de la région parotidienne sont faciles à diagnostiquer des tumeurs ; l'empâtement, l'œdème des parties molles superficielles dans les cas de suppuration profonde, la rougeur locale, la douleur pulsative, l'élévation de température sont autant de symptômes caractéristiques des inflammations suppuratives de la région ; le plus souvent la cause de ces inflammations sera donnée par le malade ou perçue par le chirurgien soit du côté des téguments externes, soit du côté de la cavité buccale, ou bien encore dans l'étude de l'état gé-

néral. D'une façon ordinaire on a raison de dire que ce diagnostic est aisé à poser ; mais les différenciations en clinique sont loin d'être absolues et nous devons rappeler ici l'observation III, qui a trait à une tumeur myxomateuse de la glande sous-maxillaire, et ce qui s'est passé cliniquement pour la glande sous-maxillaire, peut se passer pour la glande parotide chaque fois qu'il s'agit d'une tumeur constituée par des éléments jeunes. Dans cette observation, nous avons vu que cette tumeur myxomateuse pseudo fluctuante était tendue, elle avait augmenté sensiblement de volume en quelques jours en même temps que la température montait jusqu'à 40° ; dans ce cas on avait songé à l'abcès d'abord, ensuite à une inflammation de la tumeur, or l'opération a révélé qu'il s'agissait d'une tumeur sans traces d'évolution suppurative, La tumeur avait d'ailleurs, diminué de tension deux ou trois jours avant l'opération et la température était redevenue normale. Si l'on n'avait tenu compte que de l'examen local on eut été autorisé à diagnostiquer ces abcès sous-maxillaires ; c'est l'évolution de l'affection, sa marche, l'histoire passée du malade qui ont permis d'affirmer l'existence d'une tumeur. Nous insisterons sur ces variations de volume et de tension des tumeurs myxomateuses, variations qui peuvent coïncider avec des ascensions dans la température, ces variations ont été notées d'une façon très nette dans les observations I et III.

Les *parotidites infectieuses*, ourliennes, typhiques, varioliques, etc. (le nombre en est considérable), sont ordinairement reconnues avec facilité, car elles ne dominent pas la scène pathologique ; elles sont une complica-

tion, un épiphénomène d'une affection pour laquelle le malade est en traitement, on assiste donc souvent à leur naissance, ou du moins on connaît la cause de leur apparition : le plus souvent ces parotidites sont bilatérales.

Si on a pu voir des tumeurs parotidiennes se greffer sur une inflammation de la région ou de la glande, si on a pu observer des tumeurs accompagnées de phénomènes inflammatoires, il n'en est pas moins vrai que les inflammations doivent être complètement distraites de tumeurs proprement dites.

— Quand il est avéré que l'on est en présence d'une tumeur de la région parotidienne, la question qui se pose d'elle-même est la suivante. Cette tumeur est-elle une tumeur de la glande parotide, ou appartient-elle aux tissus avoisinants, vaisseaux, ganglions etc.

Lorsque dans la région préauriculaire, un peu en avant du conduit auditif externe, on trouve une petite tumeur arrondie, de consistance ferme ou molle, mobile sous la peau et mobile sur les parties profondes, on conçoit qu'il est facile d'affirmer une *adénite préauriculaire*, car on connaît l'existence normale du ganglion préauriculaire et ici la parotide ne peut être mise en cause. Il n'en est pas de même des *adénites profondes* de la région car les signes locaux ne permettent plus de séparer ce qui appartient aux ganglions de ce qui appartient à la parotide. La parotide est fusionnée avec la masse ganglionnaire qui lui est adhérente profondément et l'évolution seule permettra de faire le diagnostic par la marche rapide du gonflement, par la terminaison soit par suppuration, soit par résolution, enfin par l'étude des commé-

moratifs ; dans ce cas l'examen buccal doit être fait.

Nous citerons pour mémoire, les *kystes sébacés de la joue*, les *tumeurs érectiles* de la région parotidienne (Rizzoli) les *anévrismes* de la région qui ont chacun des signes suffisamment caractéristiques pour diagnostiquer leur existence ; il en est de même des lésions de la partie antérieure du *conduit auditif* externe, de l'*arc osseux zygomato-malaire* et du *bord postérieur de la branche montante* du maxillaire inférieur.

Lorsque le diagnostic de tumeur de la parotide a été posé, il faut déterminer la nature de cette tumeur. — Localement, à la palpation la tumeur peut être *dure*, dure avec des parties molles, molle, liquide, fluctuante ou pseudo-fluctuante. — Cette tumeur peut s'accompagner d'une altération profonde de l'état général, ou ne retentir aucunement sur l'état de santé du sujet.

En présence d'une tumeur survenant chez une personne ayant dépassé 40 ans, que cette tumeur soit ferme ou mollaëse, si l'amaigrissement est rapide, si les ganglions sont pris, si la cachexie progresse, si le teint devient jaune paille, on devra penser à une tumeur maligne telle que le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, ou l'*épithélioma* ; mais ces tumeurs malignes sont relativement peu fréquentes elles n'envahissent ordinairement la parotide que secondairement, et ce sont d'autres variétés de tumeurs que l'on rencontre surtout en clinique.

Lorsque la tumeur est dure, ligneuse, on peut penser au *fibrome*, au *squirrhe*, ou au *chondrome*, mais le fibrome est rare au début (observations de Briens, Emmet, Bardeleben), surtout le fibrome circonscrit, le plus sou-

vent on observe de la sclérose de la glande qui est dure, ferme d'une façon inégale, sclérose consécutive ordinairement à des parotidites ; dans le squirrhe, Michaux (1) a montré que les ganglions sus-claviculaires eux-mêmes sont durs et rétractés. Quant au chondrome pur il est excessivement rare et le diagnostic de la nature du fibrome et du chondrome, ne se fait guère que par l'examen histologique, il en est de même du *lymphadénome* de la parotide, observé par Molta (1880).

Quand la tumeur, dure par places, présente des parties fluctuantes, il y a lieu de soupçonner le *sarcome* qui est une tumeur relativement fréquente de la parotide. Mais lorsqu'il s'agit seulement de portions plus molles d'une sensation inégale de dureté et de mollesse à la palpation, il est difficile d'affirmer la nature exacte de la tumeur, car il s'agit alors le plus souvent d'une tumeur mixte où les tissus cartilagineux, muqueux, fibreux, etc., peuvent se trouver mêlés, ce que le microscope révélera seul.

Si la tumeur est mollassse, fluctuante ou pseudo-fluctuante, le diagnostic peut hésiter entre le *kyste salivaire*, l'*angiome glandulaire*, le *kyste congénital* ou lymphangiome kystique, le *lipome* et le *myxome*.

La fluctuation est-elle au contraire très nette et indiscutable, on doit penser au kyste salivaire ou au kyste congénital, diagnostic qu'il est aisé de faire en pratiquant une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz,

(1) MICHAX, *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide*, thèse de Paris, 1883,

l'examen chimique et microscopique complèteront le résultat déjà obtenu par la ponction.

Lorsque la fluctuation est moins franche, qu'elle peut être discutée, quand la tumeur est ce qu'on appelle pseudofluctuante, il y a lieu de se demander si l'on est en présence d'un *angiome glandulaire*, d'un *lipome* ou d'un *myxome*.

L'angiome glandulaire est rare, le plus souvent il est confondu avec l'hypertrophie parotidienne ou avec la sclérose inégale de la glande, le développement des capillaires à la superficie peut faire présumer son existence.

Quant au lipome, il est parfois difficile de le différencier du myxome ou du kyste congénital; nous ne parlons pas ici du lipome circonscrit sous-aponévrotique facilement reconnaissable à sa lobulation multiple et parfois à quelques points d'attache au derme, nous avons en vue le lipome diffus dont la constitution diffère du lipome circonscrit en ce qu'elle est beaucoup plus séreuse. Le lipome sera séparé du kyste congénital par la ponction exploratrice, c'est par ce moyen que l'on différenciera également le myxome des tumeurs liquides en général.

Quant au myxome pur il ne peut guère être confondu qu'avec le lipome diffus sous-aponévrotique de la parotide mais le lipome sous-aponévrotique diffus est très rare (Walzberg),

Nous terminons ce chapitre en rappelant que les tumeurs mixtes de la parotide sont de beaucoup les plus fréquentes, en insistant d'une part sur les ressources de la ponction exploratrice au point de vue du diagnostic, d'autre part sur la nécessité de l'examen histologique

pour pouvoir affirmer la nature exacte d'une tumeur parotidienne.

Quant au traitement du myxome de la parotide nous n'en dirons qu'un mot ; le myxome comme d'ailleurs toute tumeur vraie de la glande parotide, qu'il soit pur ou hybride, doit être enlevé très largement, on évitera autant que possible de léser les filets du facial ou les gros vaisseaux de la région.

CONCLUSIONS

La parotide peut être le siège de myxome pur ; néanmoins ce néoplasme ne se présente dans cette glande que très rarement dans toute sa pureté.

En général, le tissu muqueux qui constitue le néoplasme subit des modifications histologiques importantes. C'est ainsi qu'on peut observer des myxo-fibromes : des myxo-sarcomes, des myxo-épithéliomes, etc...

Comme toutes les tumeurs, les myxomes sont fréquemment infiltrés par des cellules embryonnaires en nombre assez considérable pour que les modifications qu'elles présentent dans leur répartition et dans leur quantité se traduisent par des changements dans la forme de la tumeur appréciables par le clinicien (Voy. obs. I. III. personnelles).

Ce sont là des phénomènes qui pourraient égarer le diagnostic pour un observateur non prévenu.

La difficulté du diagnostic rendra toujours nécessaire la confirmation de celui-ci au moyen des méthodes histologiques.

Le pronostic en effet, s'éclairera vivement grâce à l'anatomo-pathologie. En thèse générale, la même loi histogénétique s'applique à la fois au sarcome et au myxome ; ces néoplasmes sont d'autant moins graves que leur

structure s'éloigne davantage de celle du tissu embryonnaire.

En somme, les myxomes sont des tumeurs relativement bénignes. Néanmoins dès que le diagnostic est établi d'une façon sûre, on doit sans hésitation recourir à une intervention chirurgicale. Une ablation totale du néoplasme est indispensable pour se mettre à l'abri des récidives locales. Cette méthode a été couronné d'un plein succès dans les trois cas opérés par M. le Professeur Le Dentu que nous avons relatés ci-dessus.

Vu : le Doyen :

BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bérard A.** — *Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne*, Paris 1844 (Concours).
- Triquet.** — Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne. *Arch. génér. de médecine*, Paris, 1854, 4^e série, tome XXIX, p. 116.
- Favenc.** — *Tumeurs de la parotide*, 1856, Paris.
- Demarquay.** — Observations et considérations sur les tumeurs parotidiennes et sur leur ablation. *Union médicale*, Paris, 1857, XI, 403; 409; 413.
- Erichsen.** — Tumor (fibro-plastic) of the parotid. *Lancet*, Lond. 1859, II, 61.
- Erichsen.** — Myxomatous tumour over parotid; removal; recovery. *Medic. Times et Gaz.* Lond. 1871, I, 97.
- Lebail.** — Tumeur de la parotide (Myxome) *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1871, XLVI, 201-204.
- Jean P. G.** — *Des tumeurs de la région parotidienne, principalement au point de vue du diagnostic*. Paris, 1873.
- Mazzoni G.** — Condro-myxo sarcoma della parotide; asportazione allacciatura della carotide primitiva; processo Monteggia; guarigione. *Clin. chir.* Roma, 1874, II, 134, 141, 1 pl.
- Branlat.** — *Histoires des tumeurs parotidiennes*, Paris, 1874.
- Planteau H.** — *Contribution à l'étude des tumeurs de la Parotide*, Paris, 1876.
- Muisson.** — *Tumeurs mixtes de la Parotide*. Göttingen, 1876.
- Delorme.** — Art. Parotide. *Nouv. dict. de médecine et de chirurgie pratique*, Paris, 1878. Tome XXVI, p. 168.

- Weinlechner.** — Wallnussgrosses in die rechte Parotis tief eingebettetes myxosarcom exstirpirt und mit einer nur die Unterlippe betreffenden Facialis-Lähmung; geheilt entlassen. *Ber. d. k. k. Krankenanst. Rudolph-Stiftung in Wien* (1878), 1879, 316.
- Foa.** — Mixi-condra-adenoma jalino; telanghie et asico parotide. *Spallanzani*. Modena, 1878, 2, S. VII, 176.
- Baiardi.** — Sarco-encondroma-mixomatosa della parotide sinistra; estirpazione del tumore insieme alla ghiandola; guarigione. *Osservatore*. Torino, 1880, XVI, 99.
- Englisch.** — Myxochondrom der Parotis; Exstirpation Nister; Heilung per primam. *Ber. d. k. k. Krankenanst. Rudolph-Stiftung in Wien* (1880), 1881, 300.
- Poisson.** — Tumeur de la Parotide (Myxochondrome). *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1880, Par. 1881, IV, 111, 113.
- Guidon.** — De l'adénome et du myxo-adénome de la parotide. Lille, 1882.
- Weiss W.** — Chondromyxoma parotidis. *Aciztl. Ber. d. k. k. allg. Krankenh. zu Prag*. (1880), 1882, 103.
- Gussenbauer.** — Ein myxochondrom und Carcinom des Parotis *Allg. Wien méd. Ztg.* 1882. XXVII, 379.
- Paquet.** — Tumeur de la parotide constituée par un mélange d'adénome vrai et de tissu myxomateux. *Bull. méd. du Nord*. Lille, 1882, XXI, 91.
- Heath C.** — Recurrent myxo-fibroma of left parotid. *Tr. Path. Soc. Lond.* 1883-4, XXXV, 342.
- Perochaud.** - - *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires*, th. Paris, 1884-1885, n. 167.
- Mongs P.** — *Ueber Parotis-Tumoren*. Wurtzburg M. Gladbach, 1886 ?
- Nulherbe.** — Myxo-épithéliome de la Parotide. *J. de méd. de l'Ouest*. Nantes, 1886, XX, 315.
- Pilliet.** — Tumeur mixte de la Parotide. *Bull. soc. anat.* 1887, p. 540.
- Ælsdorff J.** — *Ueber die geschwülste der Parotis*. Bonn, 1887.
- Cornil.** — Tumeur mixte de la Parotide. Examen histologique.

- Bull. soc. anat. Paris.* Année LXV, série V, T. IV, fasc. 40, S. 240, fasc. II, S. 241.
- Bezançon Paul.** — Tumeur myxo-sarcomateuse de la Parotide.
Bull. Soc. anat. de Paris, Année LXV, série V, T. IV, fasc. II, S. 249-250.
- Voyer.** — Thèse de Paris, 1889.
- De Larabrie.** — *Archives génér. de médecine*, 1890.
- Chevallier A.** — *Etude sur le myxome*, th. de Paris, 1891.
- Pretzfelder Max.** — *Ein tumor der Parotis*. München, 1891, 8° 39, SS. Inaug. Diss.
- Hettinger Karl.** — *Ein beitrage zur pathologischen Anatomie des Parotistumor*. Würzburg, 1892, 8° 35, SS. Inaug. Diss.
- Ruidisch Ludwig.** — *Beitrag zur Casuistik der t. Parotistumoren*. Regensburg, 1893, 8° 35, SS. Inaug. Diss. München.
- J. Müller.** — *Archiv. für anat. phys. und Wiss medicin*, 1836.
Virchow's Arch. 1857. T. XI.
- Virchow.** — *Pathologie des tumeurs*. Trad. P. Aronssohn, Paris, 1867. T. I.
- Virchow.** — *La pathologie cellulaire*. Trad. P. Picard. Paris 1861.
- Cruveilhier.** — *Traité d'anatomie patholog. générale*, Paris, 1864, T. V.
- Cornil et Ranvier.** — *Histologie pathologique*.
- Rauvier.** — *Traité d'histologie pratique*, 1889.
- Ziégler.** — *Lehrbuch der Patholog. anatomie*.
- Henneguy.** — *Leçons sur la cellule*, Paris, 1896.
- Lukjanow.** — *Eléments de pathologie cellulaire générale*. Trad. FABRE-DOMERGUE, et Aug. Pettit.
- Reclus.** — *Manuel de path. ext.* T. I.
- Quénu.** — Art. myxome du *Traité de chirurgie*, T. I.
- Delbet Pierre.** — Art. myxome. *Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Dellet*.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Fig. 1. Coupe à un faible grossissement d'un myxome de la parotide (observation I, pièce n° 349).

Liquueur de Pacini, collodion, carmin aluné.

Les éléments inflammatoires (ci) se détachent en longues trainées sur le fond moins coloré de la tumeur (str) qui en certains points a subi la dégénérescence muqueuse (sm).

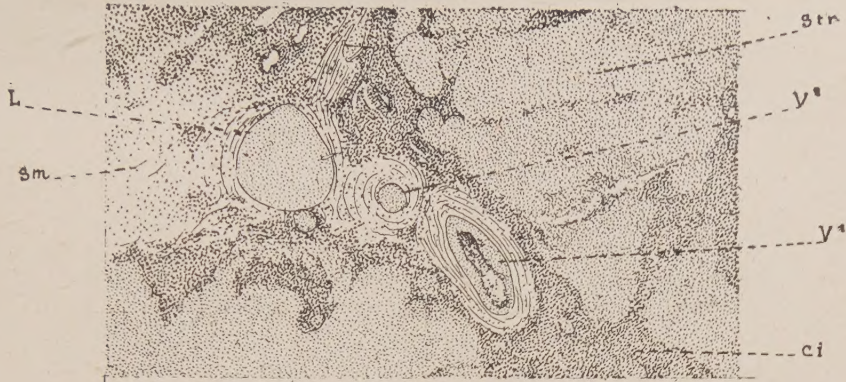
On a choisi un point renfermant des vaisseaux sanguins (V¹ et V²) et lymphatiques (L). L'un de ces vaisseaux (V¹) renferme dans ses parties centrales des éléments lymphatiques identiques aux cellules inflammatoires (ci) de la tumeur.

Fig. 2. Coupe à un fort grossissement d'un myxome de la parotide (obs. I, pièce n° 349). On a choisi un point où le myxome composé de cellules (c²) étoilées et arrondies se transforme en substance muqueuse (Sm) parsemée de rares cellules (c¹).

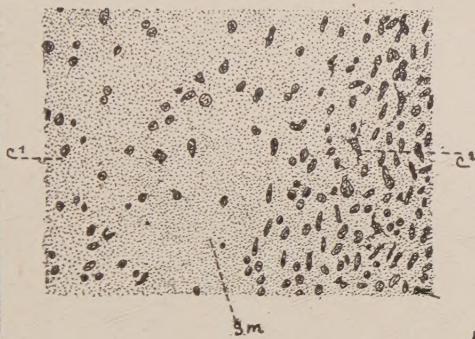
Fig. 3. Coupe à un fort grossissement d'un myxome de la parotide (observ. II, pièce n° 240). Cette tumeur présente un type remarquablement pur de myxome. Dans une masse muqueuse abondante (Sm) on distingue des cellules étoilées (c¹) et des cellules arrondies (c²).

Fig. 4. Coupe d'un fibro-myxome sous-maxillaire (observat. III). Tumeur fort complexe dérivée du myxome dont la structure est conservée en nombre de points (Sm). Au voisinage de ceux-ci, le tissu fibreux (TF) présente des infiltrations de cellules inflammatoires (ci); l'ensemble est creusé de larges lacunes (L) ou présente un aspect réticulé dû à la présence d'un grand nombre de petites cavités.

1



2



3



4



